

послеродовом периоде. Клинически психоэмоциональные нарушения распределились следующим образом: жалобы фобического характера (тревога, напряжение, различные страхи, в том числе страх за своё здоровье и здоровье ребёнка) – 49 женщин, что составило 74 % от всех юных родильниц. Из них 15% родильниц высказывали страх общения с ребёнком – это 10 пациенток из основной группы. Жалобы депрессивного характера (подавленность, плаксивость, плохое настроение) – выявлены у 25% родильниц, все они из основной группы. У 12% родильниц эмоциональные нарушения отличалась минимальной выраженностью (контрольная группа).

Выводы:

1. Пациентки, беременность у которых наступила в школьном возрасте, должны быть с момента взятия на учет отнесены к группе высокого психоэмоционального риска, консультироваться совместно с мужем (родителями) у психотерапевта.

2. При ведении данного контингента беременных необходимо соблюдение преемственности оказания акушерской гинекологической помощи и психоэмоциональной поддержки. Оптимальным является как можно более ранняя явка беременной в женскую консультацию, совместное наблюдение акушером гинекологом и психотерапевтом, совместно с партнером обязательное посещение занятий в школе молодой матери.

3. Необходима дородовая госпитализация не менее чем за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Н. В. Качук, Л. Н. Кеда, А. И. Пальцева, А. В. Русина

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Бесплодие является серьезной проблемой, с которой по данным ВОЗ сталкивается каждая шестая семья (до 15%). В РБ бесплодный брак составляет 15%. При частоте бесплодных браков 15% и более возникает социально-демографическая угроза страны. Наиболее эффективным современным методом лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО). Однако, наряду с получением желанной беременности, большое значение имеет характер ее течения, особенности родов и послеродового периода, а также влияние процедуры на здоровье женщины.

Течение беременности, наступившей после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки характеризуется высокой частотой развития акушерской и перинатальной патологии.

Цель исследования – выявление особенностей анамнеза, проведение анализа течения беременности, родов и послеродового периода и оценка состояния новорожденных у женщин, перенесших процедуру ЭКО для разработки оптимальных методов ведения гестации и родоразрешения, профилактики осложнений.

Материал и методы: в Гродненском перинатальном центре за 2011-2015 годы родоразрешены 362 женщины, забеременевшие в результате ЭКО. Нами изучены акушерско-гинекологический анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у 105 из этих родильниц.

Результаты:

все женщины, прошедшие процедуру ЭКО состояли в браке.

80 (75,7%) - это жительницы города, 25 (24,2%) - сельские жительницы.

92 (87,8%) пациентки имели высшее образование.

Возраст беременных колебался от 25 до 48 лет, 70 женщин (66,6%) были в возрасте 31-35 лет.

У всех женщин общий и акушерско – гинекологический анамнез были отягощены.

Следует отметить, что только 9 женщин (8,6%) не имели нарушений в соматическом статусе.

100% женщин имели отягощенный гинекологический анамнез: аднекситом – (46,9%), эрозией шейки матки – (22,7%), хламидиозом – (7,5%), прооперированы по поводу внематочной беременности – (19%), врожденной агенезией придатков – (4,5%).

Из гинекологических заболеваний все женщины страдали бесплодием: первичным - 64 (60,6%), вторичным – 41 (39,4%). Длительность бесплодия к моменту экстракорпорального оплодотворения составляла от 3-х до 14 лет ($7,5 \pm 2,1$ лет): до 5 лет – у 56, от 5 до 10 лет – у 38, более 10 лет - у 11 пациенток. Мужской фактор бесплодия имел место 2,3% случаев. Эндокринная форма бесплодия имела место у 42 женщин, трубно-перитонеальная – у 46, сочетанная (2 и более факторов) -17.

У 54,6% женщин беременность наступила после первой попытки ЭКО, у 36,3% после второй попытки, у 9,1% после 3-4.

По паритету беременности у 45 (42,8%) женщин беременность ЭКО первая, у 36 (34,3%) - 2-я, у 15- (14,3%) - 3-я беременность, у 9 (8,6%) - 4-5 беременность.

У 82(78,8%) женщин – 1-е роды, у 22 (21,2%) - 2-е роды. У 1-й пациентки третьи роды.

Среди общего количества беременностей (n = 105) многоплодных – 41 (39%), одноплодных – 64 (61%) беременность.

Течение беременности без осложнений отмечено только у 6 (6%) женщин, соответственно, осложненное течение беременности наблюдалось у большинства женщин.

У 86 (82,1%) случаев имела место угроза прерывания беременности; ИЦН была диагностирована у 8 беременных (7,5%). Гестозом беременность

осложнилась у 25 женщин (26.2%); многоводием у 6 пациенток (6%); ФПН – у 14 (13%), анемию легкой степени имели 25 пациенток (24.2%), анемию 2 степени -7(6,6%).

Большинство женщин 84 (80%) родили в доношенном сроке. Преждевременными были роды у 17 пациенток (16.6%). Предлежание плодов в подавляющем большинстве случаев было головным. Только у 15 (14.2%) беременных наблюдалось патологическое предлежание плодов: у 6 – чисто ягодичное предлежание единственного плода, у 9 – поперечное или тазовое положение второго плода.

Основным способом родоразрешения была операция кесарева сечения 100 (95%). У 5 женщин роды протекали естественным способом (5%). Объем кровопотери при операции кесарева сечения и в родах через естественные родовые пути у большинства пациенток не превысил физиологического. Лишь у 3 женщин, родоразрешенных кесаревым сечением имело место кровотечение (900 - 1000 мл кровопотеря), причиной которого явились: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 1 случай, центральное предлежание плаценты- 2 случая.

5 случаев родов через естественные родовые пути имели особенности: у 3 пациенток причиной обращения к ЭКО послужило наличие бесплодия у мужа; акушерско-гинекологический анамнез существенно не отягощен; течение беременности довольно благоприятное, осложнялось угрозой выкидыша, ранним токсикозом, гестозом, ОРЗ; у всех пациенток беременность одноплодная, предлежание плодов было продольным, предлежащая часть – головка; у 4 пациенток роды произошли при доношенной беременности, у 1 роды наступили на 35-й неделе гестации; преждевременное излитие околоплодных вод возникло у 3; родовые пути были полностью подготовленными; длительность родового акта – физиологическая.

Вес доношенных детей находился в пределах от 2700 до 3750 г. У 99(94%) женщин послеродовой период протекал без особенностей, у 6-х (6.%) женщин имела место постгеморрагическая анемия.

За анализируемый период в перинатальном центре родилось 20224 новорожденных, из них 447 детей после ЭКО, что составило 2.2%. Из анализируемой группы от 105 матерей родилось 147 детей, из них: 40 двоен, 1 тройня, и 64 ребенка от одноплодной беременности. Из них доношенными – 119(75,5%); недоношенными родилось 39 детей (24,5%), что в 3.5 превысило средний уровень по стационару. В нашем исследовании родилось девочек - 65%, мальчиков -35 %, что также выше среднего статистического уровня стационара. При оценке данных, относящихся к периоду ранней неонатальной адаптации у новорожденных после ЭКО, мы получили следующие результаты: среди доношенных детей все новорожденные родились без асфиксии. Максимальная убыль массы тела у доношенных детей в среднем приходилась на 3-й день жизни и составляла 6,2%. У недоношенных – на 4-й день жизни и составляла 7,3%. Данные показатели не отличались от общепопуляционных. Физиологическая гипербилирубинемия

наблюдалась у 58% доношенных и 40% недоношенных детей после ЭКО. Общая заболеваемость новорожденных после ЭКО составила 342‰ и была выше таковой у детей, зачатых в естественном цикле (278‰). У новорожденных после ЭКО наиболее частой патологией являлась задержка внутриутробного развития (32,6%); синдром дыхательных расстройств (16,2%), патологическая гипербилирубинемия и постгипоксические состояния встречались чаще, чем у остальных детей. У одного ребенка выявлен врожденный порок развития.

Таким образом, особенностями течения беременности и родов после ЭКО следует считать:

1. Возраст большинства женщин составляет 31–35 лет.
2. Многоплодие после ЭКО наблюдается у 41%.
3. Осложненное течение беременности встречается в 94,2%, наиболее часто – угроза прерывания беременности (82,1%).
4. Преждевременные роды возникают у 16,6 % женщин.

Способом родоразрешения у 95% пациенток является операция кесарева сечения. Плановое кесарево сечение преобладает над экстренным.

Как следствие, состояние здоровья новорожденных после ЭКО отличается от общепопуляционных показателей: недоношенность – 24,5%; маловесность (менее 1,5 кг) – 6,2%; легкая асфиксия при рождении – 4,3%; общая заболеваемость, обусловленная в основном задержкой внутриутробного развития, а также синдромом дыхательных расстройств, постгипоксическими состояниями, патологической гипербилирубинемией, врожденными пороками развития, более чем в 2 раза превышает общую заболеваемость детей, зачатых в естественном цикле.

Выводы: в большинстве случаев процедура ЭКО выполнялась по причине первичного бесплодия, возраст рожениц превышал 31 год. Беременность после ЭКО чаще бывает многоплодной, протекает с угрозой прерывания, чаще заканчивается преждевременными родами. У новорожденных после ЭКО выше заболеваемость. В результате ЭКО рождается больше девочек.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ

М. И. Ковтун

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14
им. проф. Л.Л.Гиришмана», Украина*

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире 45 миллионов слепых и 135 миллионов слабовидящих, причем без неотложных мер по борьбе со слепотой, число слепых к 2020 году удвоится [3,4]. У 20 миллионов человек слепота обусловлена помутнением хрусталика, однако только около 10 миллионов больных получают своевременное хирургическое лечение и, в основном, это обеспеченные слои населения.